

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

de en charge : pec@mupras.com

ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046627

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4812

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : 13 Rue OURIKA . HAY SALAM CASA

Tél. : 06.61.31.86.52

Total des frais engagés : 750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28.04.2020

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : IRT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 28.04.2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/09/18	Aléthine		750,-	Carte de CHIRURGIE VASCULAIRE Docteur EL ABDELLAH
	Catheter			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

مركز الكلية الاصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse

Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الاصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

27/11/2020

Cher Monsieur

Je vous prie de bien vouloir

Retirer le cathéter de longue durée

pour le patient Lazrek Smail

pour sa dialyse qui est en cours

FAV

16/11/2020
05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le **28/04/2020**

FACTURE N° 2804-02/020

BENEFICIAIRE : MR LAZRAK SAAD

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER TUNNELLISE

MONTANT : 750.00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SEPT CENT CINQANTE DIRHAMS

Clinique ABBADI
361, Bd. Sidi Abderrahmane
GSM : 06 75 49 36 49
Tél. : 05 22 39 52 54 / 61
Fax : 05 22 39 52 70

DR EL ABBADI MED SAAD
CHIRURGIEN CARDIAQUE ET VASCULAIRE
361, BD. SIDI ABDERRAHMANE
TEL : 022395254
FAX : 022395270-

28/04/2020

COMPTE RENDU OPERATOIR
MR LAZRAK SAAD

OPERATEUR : DR EL ABBADI
ANESTHESISTE : DR NEJDIoui
TYPE D'ANESTHESIE : ANESTHESIE LOCALE A LA LYDOCAINE 2%

TITRE : INSUFFISANCE RENALE TERMINALE

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER

Abord de 2 cm en regard du point de ponction sus claviculaire.

Contrôle du Cathéter.

Retrait et hémostase du point d'entrée jugulaire.

Libération de l'olive en téfon.

Ablation complète du Cathéter.

Crin sur la peau.

Pansement compressif en fin d'intervention.

*Docteur EL ABBADI Saad
CHIRURGIEN
Cardiaque et Vasculaire
rue 361 Bd Sidi Abderrahmane
Tel.: 0522 395254/61-Fax: 0522 395270*